



Sandra Isabel Ferreira Silva **Influência das características sócio-demográficas e clínicas na frequência às sessões de psicoterapia**



**Sandra Isabel Ferreira
Silva**

**Influência das características sócio-demográficas e
clínicas na frequência às sessões de psicoterapia**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica do Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e coorientação do Doutor Ricardo João Teixeira, Investigador do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a todos aqueles que me apoiaram neste percurso, em especial aos meus pais.

o júri

Presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação, Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Mariana Vaz Pires Marques
Professora Auxiliar Convidada, Instituto Superior Miguel Torga

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Doutora Sara Monteiro e ao Doutor do Doutor Ricardo João Teixeira orientadores desta dissertação, o meu muito obrigado pelo tempo disponibilizado, apoio científico e conhecimentos partilhados ao longo da elaboração deste trabalho.

Aos meus pais por todo o amor, esforço, incentivo e paciência. Sem eles, não teria conseguido terminar esta etapa.

Ao Marcelo, pelo o apoio, disponibilidade e carinho tanto nos bons como nos maus momentos.

Aos meus amigos que sempre se mostraram disponíveis para ajudar e que tornaram este percurso mais fácil.

A todos que não mencionei aqui, mas que de alguma forma me apoiaram ao longo desta caminhada.

palavras-chave

Psicoterapia, características sociodemográficas e clínicas, número de sessões.

Resumo

A psicoterapia é o tratamento em ambulatório mais prevalente para as perturbações mentais. Todavia, muitos indivíduos que iniciam uma intervenção psicoterapêutica, não recebem uma "dose adequada" do tratamento, de tal forma que, a probabilidade de obter o alívio sintomático desejado, é reduzida. A compreensão clara dos fatores envolvidos na frequência às sessões de psicoterapia possibilita a identificação de falhas no tratamento, auxilia na identificação de casos de risco de abandono e na prevenção de futuras desistências.

O presente estudo tem como principal objetivo perceber quais as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, escolaridade e situação ocupacional) e variáveis clínicas (acompanhamento psiquiátrico, historial de acompanhamento psicológico, ideação suicida, consumo de substâncias e diagnóstico) que estão associadas à frequência das sessões de psicoterapia. Participaram nesta investigação 493 pacientes em acompanhamento psicoterapêutico numa clínica privada da zona Norte do país, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M=35$, $DP=10.17$). Destes, 319 pacientes pertenciam ao género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M=35.38$, $DP=10.37$); e 174 pacientes pertenciam ao género masculino, com idades entre os 18 e os 62 anos ($M=34.29$, $DP=9.76$). Os pacientes entre 18 e os 34 anos de idade, com historial de acompanhamento psicológico, em acompanhamento psiquiátrico, com ideação suicida ou com comorbilidade de perturbações psiquiátricas, frequentaram significativamente mais sessões de psicoterapia.

Os resultados encontrados são de grande importância para ambientes de tratamento semelhantes, e que servem populações-alvo semelhantes.

keywords

Psychotherapy, sociodemographic and clinical characteristics, number of sessions.

abstract

Psychotherapy is the most prevalent ambulatory treatment for mental disorders. However, many individuals who initiate a psychotherapeutic intervention do not receive the treatment in an "appropriate dosage", so the likelihood of obtaining the desired symptomatic relief is reduced.

A clear understanding of the factors involved in the frequency of psychotherapy sessions enables the identification of treatment failures, helps to identify risk of dropout cases and to prevent future dropouts.

This study aims to understand which sociodemographic variables (age, gender, marital status, education and occupational status) and clinical variables (psychiatric care, psychological counseling history, suicidal ideation, substance use and diagnosis) are associated with show in psychotherapy sessions.

For this study 493 patients who attended psychotherapy in a private clinic in the north of the country were involved, aged between 18 and 65 years ($M = 35$, $SD = 10.17$). In this group, 319 patients were female, aged between 18 and 65 years ($M = 35.38$, $SD = 10.37$); and 174 patients were male, aged between 18 and 62 years ($M = 34.29$, $SD = 9.76$).

Patients between 18 and 34 years, with psychotherapeutic monitoring history in psychiatric care, with suicidal ideation or comorbidity of psychiatric disorders, attended a lot more psychotherapy sessions than the others.

The results are of great importance for similar treatment settings, and they serve similar target populations.

Índice

Introdução	1
Método.....	4
Participantes.....	4
Materiais	6
Procedimento	7
Análise dados	8
Resultados.....	8
Características sociodemográficas e sessões frequentadas	9
Características clínicas e sessões frequentadas.....	10
Discussão	11
Referências	17
Anexo A - Ficha de Anamnese.....	21

Índice de tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.....	5
Tabela 2 - Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de diagnósticos.....	6
Tabela 3 - Frequência e percentagem de pacientes que frequentaram cada sessão.....	9

Introdução

A prevalência anual das perturbações mentais em Portugal, segundo o *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*, é de 22.9%, ou seja, um quinto da população portuguesa apresenta uma perturbação psiquiátrica (Almeida & Xavier, 2013). As perturbações de ansiedade são as que apresentam maior prevalência em Portugal (16.6%), seguindo-se as perturbações de humor, com uma prevalência de 7.9%. A perturbação de controlo de impulsos e a perturbação por abuso de substâncias apresentam uma prevalência mais reduzida, de 3.5% e 1.6%, respetivamente. De acordo com o mesmo estudo, a comorbilidade de doenças psiquiátricas em Portugal é significativa, sendo que 5.3% dos indivíduos apresenta duas perturbações psiquiátricas e 2.3% apresenta três ou mais perturbações psiquiátricas.

Em comparação com os resultados de outros países, publicados na *World Mental Health Surveys Initiative* (WMHSI), a taxa de prevalência de perturbações psiquiátricas em Portugal é das mais elevadas, comparativamente com outros países da Europa Ocidental, sendo apenas ultrapassada pelos Estados Unidos da América que apresenta uma taxa de 47.4% (Almeida & Xavier, 2013). Estas prevalências, segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012), podem ser explicadas pela crise económica que se fez sentir em Portugal nos últimos anos.

Para reduzir estes números, sabe-se que a psicoterapia, nomeadamente a intervenção cognitivo-comportamental, poderá ser uma solução. A maioria das perturbações mentais parece beneficiar com este tipo de tratamento (Knapp & Beck, 2008). Em diagnósticos de depressão e ansiedade, estima-se que sejam necessárias entre 12 e 16 sessões para se alcançarem benefícios. Já nas perturbações de personalidade, e outras perturbações crónicas, para se obterem os mesmos benefícios, será necessário mais tempo de tratamento, isto é, entre um a dois anos (Knapp & Beck, 2008).

Contudo, as investigações revelam que 35% dos indivíduos deixa de comparecer à psicoterapia após ter frequentado uma única sessão (Brandt, 1965) e 50% deixa de comparecer após a terceira sessão (Affleck & Medwick, 1959; Hiler, 1958). Resultados idênticos foram encontrados por Fernández, Larrea e Rodríguez (1996), que estimam que 37% dos indivíduos comparece apenas a uma sessão, 39.5% comparece entre duas a quatro

sessões, 18.5% comparece entre cinco a 10 sessões e apenas 5% comparece a mais de 10 sessões.

Tendo em conta esta informação, é notório que muitos pacientes que iniciam o tratamento não recebem uma "dose adequada" de psicoterapia, de tal forma que a probabilidade de obterem o alívio sintomático desejado é reduzida (Barrett et al., 2010). Lambert, Hansen e Finch (2001) estimaram que 50% dos indivíduos alcança melhorias após sete sessões de psicoterapia e 75% melhora após 14 sessões. No caso de problemas severos é esperado que 50% dos indivíduos obtenha melhorias clinicamente significativas após 21 sessões e 75% dos indivíduos alcança essas melhorias após 42 sessões. Aliás, estudos de Howard, Kopta, Krause e Orlinsky (1986) e de Kopta, Howard, Lowry e Beutler (1994) mostraram que a dose de psicoterapia recebida, representada pelo número de sessões frequentadas, foi positivamente relacionada com os resultados do tratamento. Indivíduos que comparecem a uma ou duas sessões apresentam piores resultados do que os que comparecem a três ou mais sessões, ou resultados equivalentes aos daqueles que nunca iniciaram psicoterapia (Reis & Brown, 1999).

Não comparecer a um número adequado de sessões de psicoterapia acarreta diversas consequências, tanto para pacientes como para profissionais e instituições (Renk & Dinger, 2002). Os pacientes, como já referido, não obtêm os resultados desejados e perdem a esperança de serem tratados (Kazdin, 1996). Já os profissionais sentem-se frustrados, incapazes e incompetentes por não terem conseguido ajudar os seus pacientes (Luk et al., 2001). Considerando que o abandono se manifesta pela não comparência às sessões ou por desmarcações sucessivas das mesmas, os pacientes que faltam às sessões ocupam os horários dos profissionais e das instituições que poderiam ser oferecidos a outras pessoas. Em consequência disto, a produtividade dos profissionais fica mais reduzida e os tratamentos com um custo mais elevado (Kazdin, 1996).

Tendo em conta todas estas consequências torna-se fundamental a compreensão clara dos fatores que estão envolvidos na frequência às sessões de psicoterapia. Isto possibilitará a identificação de falhas no tratamento, a identificação de casos de risco de abandono e a prevenção de futuras desistências (Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998).

A frequência às sessões de psicoterapia pode estar associada a diversos fatores como, por exemplo, as características do paciente, as características do psicoterapeuta, as técnicas usadas e o *setting* de trabalho (clínicas privadas ou serviços de saúde públicos) (Benetti &

Cunha, 2008). De entre estes fatores, Holdsworth, Bowen, Brown e Howat (2014) na revisão de literatura que efetuaram, constataram que características dos pacientes, em especial as características sociodemográficas estão associadas a resultados ambíguos. Issakidis e Andrews (2004, citado por Benetti & Cunha, 2008) consideram que as características dos pacientes (características sociodemográficas e características clínicas) influenciam a permanência no tratamento. No entanto, verificaram que as características clínicas influenciam em maior intensidade do que as características sociodemográficas dos pacientes.

Relativamente às características sociodemográficas, os estudos revelam que as mulheres, os(as) viúvos(as) (Figueiredo, Boerstler & Doros, 2006), os indivíduos que vivem sozinhos, e os indivíduos que tem mais de 12 anos de escolaridade (Centorrino et al., 2001) frequentam significativamente mais sessões de psicoterapia. Os indivíduos mais jovens, pertencentes a minorias étnicas, com menores rendimentos ou desempregados, tendem a comparecer a um menor número de sessões (Arnow et al., 2007; Fenger, Mortensen, Poulsen & Lau, 2011; McFarland & Klein, 2005).

Contrariamente a estes resultados, Bados, Balaguer e Saldana (2007) concluíram que indivíduos que frequentaram 14 sessões (ou mais) de psicoterapia cognitivo-comportamental, não diferiam dos indivíduos que completaram menos de 14 sessões, em termos de idade, género, estado civil e situação ocupacional. Resultados semelhantes foram encontrados por Powers, Kniesner e Croghan (2002), numa amostra de pacientes com perturbação depressiva. A idade e género também não se mostraram preditores significativos do número de sessões frequentadas.

No que diz respeito às características clínicas, a investigação mostra que indivíduos não consumidores de substâncias (Fenger et al., 2011), que frequentam um tratamento combinado (psicoterapia e farmacoterapia) (Arnow et al., 2007; McFarland & Klein, 2005), que foram diagnosticados e encaminhados para psicoterapia por psiquiatras (Powers, et al., 2002), ou que foram encaminhados por um sistema de saúde mental (Figueiredo et al., 2006), frequentam significativamente mais sessões de psicoterapia.

Relativamente ao diagnóstico, os resultados encontrados não são consensuais. Figueiredo e colaboradores (2006) constataram que o diagnóstico de perturbação de humor se associa significativamente a um número maior de sessões frequentadas. Já Centorrino e colaboradores (2001) verificaram que são os indivíduos com diagnóstico de perturbação de

personalidade que comparecem a significativamente mais sessões. Para Bados, Balaguer e Saldana (2007), os indivíduos com diagnóstico de perturbação da ansiedade (ou com comorbidade de uma perturbação da ansiedade) completam significativamente menos sessões, comparativamente aos indivíduos com outros diagnósticos (Arnoult et al., 2007). Em oposição a estes resultados, Fenger e colaboradores (2011) concluíram que nem o diagnóstico primário, nem a sua comorbidade com um outro diagnóstico psiquiátrico, estavam associados à permanência em tratamento.

Tendo em conta as investigações apresentadas anteriormente, constatou-se que os resultados encontrados nem sempre são coerentes. Como tal, o presente estudo tem como principal objetivo perceber quais as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, escolaridade e situação ocupacional) e variáveis clínicas (acompanhamento psiquiátrico, historial de acompanhamento psicológico, ideação suicida, consumo de substâncias e diagnóstico) que estão associadas à frequência das sessões de psicoterapia.

Método

Participantes

Os dados utilizados nesta investigação foram recolhidos numa clínica de saúde mental situada na cidade do Porto, onde exercem atividade um psicólogo e um psiquiatra.

A amostra do presente estudo foi constituída por 493 participantes, em acompanhamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M=35$, $DP=10.17$), sendo que 319 participantes pertenciam ao género feminino (64.7%) e tinham idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($M=35.38$, $DP=10.37$), e 174 participantes pertenciam ao género masculino (35.3%) e tinham idades compreendidas entre os 18 e os 62 anos ($M=34.29$, $DP=9.76$).

Na Tabela 1 é possível verificar-se a distribuição da amostra pelas diferentes características sociodemográficas.

Relativamente às características clínicas da amostra, a análise dos dados revelou que a maioria das participantes ($N=280$; 57.5%) não apresentava historial de acompanhamento psicológico. Já no que diz respeito ao acompanhamento psiquiátrico aquando das sessões de psicoterapia, verificou-se que a maioria dos participantes, 356 (72.4 %) estava em acompanhamento. Relativamente à ideação suicida e consumo de substâncias psicotrópicas,

encontrou-se que 80 participantes (16.3%) apresentavam ideias de suicídio e que apenas 39 participantes (8%) consumiam substâncias.

Na Tabela 2 é possível visualizar-se a distribuição da amostra pelos diferentes grupos de diagnóstico.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra

	Frequência	Percentagem
Estado civil		
Solteiro	244	49.7%
Casado/União de facto	206	42%
Divorciado	38	7.7%
Viúvo	3	.6%
Situação profissional		
Estudante	80	16.4%
Desempregado	52	10.7%
Reformado	11	2.3%
Empregado	344	70.6%
Escolaridade		
1ºciclo	2	.4%
2ºciclo	12	2.6%
3ºciclo	35	7.5%
Ensino secundário	157	33.5%
Licenciatura	243	51.9%
Mestrado	18	3.8%
Doutoramento	1	.2%

Tabela 2

Distribuição da amostra pelos diferentes grupos de diagnósticos

Diagnóstico	Frequência	Percentagem
Uma perturbação do Eixo I	304	62.2%
Mais do que uma perturbação do Eixo I	25	5.1%
Mais que uma perturbação do Eixo I pertencentes a grupos diferentes	115	23.3%
Uma perturbação do Eixo I e uma perturbação do Eixo II	4	0.8%
Mais do que uma perturbação do Eixo I pertencentes a grupos diferentes e uma do Eixo II	3	0.6%
Sem diagnóstico	38	7.7%

Nota. Eixo I (perturbações clínicas); Eixo II (perturbações de personalidade); Grupos (perturbações que aparecem habitualmente na 1ª e 2ª infâncias ou na adolescência; *delirium*, demência, perturbações mnésicas e outras perturbações cognitivas; perturbações pela utilização de substâncias; perturbações do humor; perturbações da ansiedade; perturbações somatoformes; perturbações dissociativas; perturbações sexuais e da identidade do género; perturbações do comportamentos alimentar; perturbações do sono; perturbações de adaptação e perturbações da personalidade).

Materiais

Os dados para este estudo foram obtidos através da consulta dos processos clínicos e fichas de anamnese dos pacientes (Anexo A). Destes, foi possível retirar-se as características sociodemográficas (idade, género, estado civil, escolaridade e situação ocupacional) e clínicas (acompanhamento psiquiátrico, historial de acompanhamento psicológico, ideação suicida, consumo de substâncias e diagnóstico).

Relativamente às características sociodemográficas, as seguintes variáveis foram codificadas em 2 níveis: género (masculino, feminino); estado civil (com companheiro, sem companheiro). As restantes variáveis foram codificadas em 3 níveis: situação ocupacional (estudantes, com ocupação, sem ocupação - desempregados e reformados); idade (18-34; 35-49; 50-65) e escolaridade (<12 anos, 12 anos e >12 anos).

Relativamente às características clínicas, a variável “acompanhamento psiquiátrico” permitiu apurar se no momento da 1ª sessão de psicoterapia o paciente se encontrava em acompanhamento, quer esse acompanhamento fosse assegurado pelo psiquiatra da clínica

ou por outro psiquiatra de outra clínica/instituição. Segundo os profissionais desta clínica, em praticamente todas as situações, estar em acompanhamento psiquiátrico significa tomar psicofármacos.

A variável “historial de acompanhamento psicológico” não tem em conta o número nem o tipo de contacto. Qualquer participante que tivesse tido contacto com um psicólogo era classificado no processo com tendo historial de acompanhamento.

As variáveis “ideação suicida” e “consumo de substâncias” diziam respeito à situação em que o paciente se encontrava no momento da 1ª consulta.

No âmbito deste estudo, estas variáveis clínicas foram codificadas em 2 níveis (sim; não), à exceção da variável “diagnóstico” que foi codificada em 3 níveis (diagnóstico psiquiátrico único, comorbilidade de diagnósticos psiquiátricos, sem diagnóstico psiquiátrico).

Por último, como no processo clínico se encontravam a data e alguns registos de cada sessão, foi possível retirar a variável dependente “número de sessões”, a que cada paciente compareceu.

Procedimento

Aquando do início do processo psicoterapêutico, foi entregue pela clínica aos pacientes um consentimento informado. Este solicitava autorização para o uso da informação recolhida nas sessões apenas para fins de investigação, assegurando a confidencialidade e anonimato dessa mesma informação.

A recolha de dados/consulta dos processos clínicos iniciou-se a 16 de novembro de 2015 e terminou a 1 julho de 2016. Os processos analisados eram referentes ao período que decorreu entre março de 2013 e dezembro de 2015. Sempre que surgiram dúvidas relativamente à informação contida nos processos, estas eram esclarecidas pelo psicólogo ou com ajuda da equipa de secretariado da clínica.

Do presente estudo foram excluídos os pacientes que poderiam eventualmente depender de terceiros para frequentar as sessões de psicoterapia. Desta forma, excluíram-se os indivíduos com idade inferior a 18 anos, ou com idade superior a 65 anos, que apresentavam deficiência mental, diagnóstico de demência e todos aqueles que procuraram o serviço de psicologia da clínica para realizar terapia de casal.

A data da última consulta também funcionou como critério de exclusão. A variável dependente (número de sessões) foi retirada dos processos no último dia da recolha de dados. O intervalo máximo entre as sessões de *follow-up*, aconselhado pelo psicoterapeuta, era de 6 meses, pelo que se eliminaram todos os participantes que haviam tido sessões no período entre 1 de janeiro de 2016 e 1 de julho de 2016. Para aqueles indivíduos que não haviam tido sessões neste período, foi consultada a agenda no sentido de perceber se tinham alguma sessão marcada. Os que tinham, foram também excluídos. Desta forma pretendeu-se excluir os indivíduos que ainda estavam em tratamento, ou a realizar sessões de *follow-up*.

Análise dados

Para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 20). Inicialmente recorreu-se à estatística descritiva (frequências, médias, medianas e desvios-padrão). Posteriormente realizaram-se testes de normalidade a fim de averiguar a normalidade das distribuições. Tendo em conta a dimensão da amostra, foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Na ausência de normalidade, optou-se pelo uso de testes não paramétricos, nomeadamente o teste de Mann-Whitney e o de Kruskal-Wallis. No sentido de verificar se os grupos diferiam entre si, foram usados testes *post-hoc* de Games Howell.

Resultados

Pela análise dos resultados constatou-se que, em média, cada paciente compareceu a 3.5 sessões de psicoterapia [min.=1; máx.=21; DP=3.25]. Tendo em conta a mediana, verificou-se que os indivíduos compareceram apenas a duas sessões.

Pela observação da Tabela 3, é possível verificar-se que, dos 493 participantes que constituíram a amostra, 144 (29.2%) compareceram apenas a uma sessão de psicoterapia. Ao fim da segunda sessão, sensivelmente metade da amostra (51.7%), já havia desistido de frequentar as sessões de psicoterapia, 82.6% dos indivíduos deixou de comparecer após a quinta sessão e 95.5% deixou de comparecer a partir da 10ª sessão.

Tabela 3

Frequência e percentagem de pacientes que frequentaram cada sessão

Sessões	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1	144	29,2	29,2
2	111	22.5	51.7
3	69	14.0	65.7
4	53	10.8	76.5
5	30	6.1	82.6
6	19	3.9	86.4
7	20	4.1	90.5
8	13	2.6	93.1
9	6	1.2	94.3
10	6	1.2	95.5
11	4	.8	96.3
12	4	.8	97.2
13	4	.8	98.0
15	2	.4	98.4
16	2	.4	98.8
17	1	.2	99.0
18	1	.2	99.2
19	3	.6	99.8
21	1	.2	100
Total	493	100	100

Características sociodemográficas e sessões frequentadas

Relativamente às características sociodemográficas, a análise dos resultados revelou que o número de sessões a que as mulheres compareceram ($n=319$; $Mdn=2$) não diferiu significativamente do número de sessões a que os homens compareceram ($n=174$; $Mdn=2$), $U=27099$, $z=-.44$, $p=.659$, $r=.02$.

Entre os diferentes grupos etários (18-34 anos, $n=260$, $Mdn=3$; 35-49 anos, $n=185$, $Mdn=2$; 50-65 anos, $n=48$, $Mdn=2$), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, $H(2)=9.62$, $p=.008$. Testes de *post-hoc* de Games Howell revelaram que os indivíduos entre 18 e os 34 anos de idade compareceram significativamente mais às sessões, quando comparados com indivíduos entre os 35 e os 49 anos de idade, $F(2, 490)=4.91$, $p=.005$, $r=.02$.

No que diz respeito ao estado civil, constatou-se que o número de sessões a que compareceram os indivíduos sem companheiro ($n=285$; $Mdn=2$) foi equivalente ao número de sessões a que compareceram os indivíduos com companheiro [$n=206$; $Mdn=2$], $U=26627.5$, $z=-1.80$, $p=.073$, $r=.08$.

Quanto à escolaridade, verificou-se que o número de sessões não diferiu entre os pacientes com escolaridade inferior a 12 anos ($n=49$; $Mdn=2$), com escolaridade igual a 12 anos ($n=157$; $Mdn=2$) ou com escolaridade superior a 12 anos ($n=262$; $Mdn=2$), $H(1)=1.25$, $p=.264$.

Por último, ao nível da variável “situação ocupacional”, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Isto é, o número de sessões assistidas foi idêntico entre os estudantes ($n=80$; $Mdn=3$), os indivíduos com ocupação ($n=344$; $Mdn=2$) e os indivíduos sem ocupação ($n=63$; $Mdn=2$), $H(2)=2.38$, $p=.304$.

Características clínicas e sessões frequentadas

Relativamente às características clínicas, na variável “consumo de substâncias” não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Ou seja, o número de sessões a que compareceram os indivíduos que consumiam substâncias psicotrópicas ($n=39$; $Mdn=3$) não diferiu do número de sessões a que compareceram os indivíduos que não consumiam este tipo de substâncias ($n=451$; $Mdn=2$), $U=236$, $z=-1.88$, $p<.061$, $r=.08$.

Nas restantes variáveis clínicas verificaram-se diferenças estatisticamente significativas. Os resultados indicaram que os pacientes em acompanhamento psiquiátrico compareceram a significativamente mais sessões ($n=356$; $Mdn=3$), comparativamente com os pacientes que não se encontravam em acompanhamento ($n=136$; $Mdn=2$), $U=18567$, $z=-4.08$, $p<.001$, $r=.18$.

No que concerne ao historial de acompanhamento psicológico, os indivíduos que anteriormente haviam tido acompanhamento, comparecem a significativamente mais

sessões ($n=207$; $Mdn=3$), comparativamente com os indivíduos que nunca tiveram acompanhamento ($n=280$; $Mdn=2$), $U=23391$, $z=-3.72$, $p<.001$, $r=.17$.

À data da 1ª sessão, os indivíduos que apresentavam ideação suicida, frequentaram significativamente mais sessões ($n=80$; $Mdn=3$) do que os indivíduos que não apresentavam ideação ($n=410$; $Mdn=2$), $U=12825$, $z=-3.13$, $p=.002$, $r=.04$.

Constataram-se ainda diferenças estatisticamente significativas no número de sessões assistidas entre os indivíduos com uma única perturbação ($n=304$; $Mdn=2$), com comorbilidade de perturbações ($n=147$; $Mdn=3$) e sem diagnóstico ($n=38$; $Mdn=1$), $H(2)=21.93$, $p<.001$. Recorrendo-se aos testes *post-hoc* de Games Howell, verificou-se que os indivíduos com comorbilidade de diagnósticos compareceram significativamente mais às sessões do que os indivíduos sem diagnóstico, $F(2,486)=5.32$, $p=.011$, $r=.02$.

Discussão

De forma a aumentar a probabilidade de frequência às sessões de psicoterapia e, consequentemente, a eficácia da intervenção psicoterapêutica é necessária a identificação precoce das características dos indivíduos em risco (Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998). Assim sendo, este estudo teve como principal objetivo perceber quais as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes que estão associadas à frequência das sessões de psicoterapia.

Relativamente às características sociodemográficas foram incluídas as seguintes variáveis: género, idade, escolaridade, estado civil e situação ocupacional. Destas, apenas a variável idade revelou estar associada com o número de sessões frequentadas. Indivíduos entre os 18 e os 34 anos de idade compareceram a significativamente mais sessões do que os indivíduos entre os 35 e os 49 anos de idade. Estudos anteriores revelaram precisamente o contrário, isto é, que as pessoas mais jovens comparecem a significativamente menos sessões (Arnow et al., 2007; McFarland & Klein, 2005; Fenger, et al., 2011). Os resultados obtidos podem ser explicados tendo em conta a vida familiar e profissional que possivelmente será menos ativa e exigente nos jovens entre os 18 e os 34 anos de idade. Presume-se que muitos dos indivíduos incluídos nesta faixa etária ainda estude e viva em casa dos pais; dos que já constituíram família muitos ainda não terão filhos, tendo assim

maior disponibilidade financeira e de tempo para comparecer às sessões do que os indivíduos entre 35 e os 49 anos de idade.

Conforme referido, as restantes variáveis sociodemográficas (género, escolaridade, estado civil e situação ocupacional) não se mostraram associadas com o número de sessões frequentadas. Apesar de estes resultados não se revelarem surpreendentes, e se encontrarem de acordo com os trabalhos realizados por Bados e colaboradores (2007) e de Powers e colaboradores (2002), algumas explicações podem ser avançadas. Na instituição onde os dados foram recolhidos, e no período de tempo referido, foram as mulheres que mais procuraram acompanhamento psicoterapêutico (64.7%). No entanto, compareceram aproximadamente ao mesmo número de sessões do que os homens. Acredita-se que estes resultados se devam ao facto de os indivíduos da amostra, e mais especificamente os homens, possuírem um elevado nível de escolaridade. Desta forma, poderá entender-se que o preconceito de os homens pedirem ajuda e frequentarem as sessões de psicoterapia não foi prevalente na presente amostra.

No que diz respeito à escolaridade, sabe-se pelo estudo de Fenger e colaboradores (2011), que os indivíduos com menos de 11 anos de escolaridade desistem mais cedo das sessões de psicoterapia. Como a maior parte dos participantes da presente amostra (90%) foi constituída por indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade, o efeito dos indivíduos com menos de 12 anos de escolaridade pode não se ter revelado. A mesma explicação poderá ser empregue em relação à situação profissional. Ou seja, o impacto dos indivíduos sem ocupação (13% desempregados e reformados) pode não se ter feito sentir, uma vez que a grande maioria dos indivíduos da amostra (87%) tinha uma ocupação (estudar ou trabalhar).

Relativamente ao estado civil, Centorrino e colaboradores (2001) encontraram que os indivíduos que vivem sozinhos permanecem mais tempo em tratamento. Os autores consideram que as interações pessoais podem representar um apoio social positivo significativo, levando a que as pessoas sintam menor necessidade de se manterem em psicoterapia. Podemos supor que os participantes desta investigação que não tinham companheiro(a), mantinham outras relações sociais que forneciam o apoio social que necessitavam, o que poderá justificar o facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com companheiro e sem companheiro.

De igual forma ao que se verificou no estudo de Issakidis e Andrews (2004, citado por Benetti & Cunha, 2008) as características clínicas mostraram-se mais associadas,

comparativamente às características sociodemográficas, à frequência das sessões de psicoterapia. Das cinco características clínicas estudadas, apenas a variável “consumo de substâncias” não se revelou associada com o número de sessões frequentadas. Tendo em conta o estudo de Arnow e colaboradores (2007), era esperado que os indivíduos com historial de consumo de substâncias frequentassem significativamente menos sessões. Contudo, não se verificaram diferenças entre indivíduos consumidores e não consumidores. Supomos que estes resultados se possam dever ao facto de a avaliação do consumo de substâncias, durante a entrevista clínica, ter sido realizada precocemente (1º contato). O terapeuta ter-se-á apercebido e adaptado toda a intervenção a esta vulnerabilidade.

No que concerne à variável clínica “diagnóstico”, não foi possível estabelecer comparações entre diferentes perturbações. Na recolha de dados obteve-se uma imensa diversidade de diagnósticos e comorbilidade de diagnósticos. Foi feita a tentativa de se agruparem os diferentes diagnósticos, de acordo com os grupos demonstrados na Tabela 2. Contudo, como se pode verificar, a distribuição dos indivíduos pelos diferentes grupos foi muito heterogénea, não permitindo análises estatísticas de confiabilidade. Assim, optou-se apenas por verificar se existiam diferenças no número de sessões frequentadas pelos indivíduos com um diagnóstico único, com comorbilidade de diagnósticos e sem diagnóstico. Analogamente ao estudo de Fenger e colaboradores (2011), os indivíduos com diagnóstico único não diferiram em termos do número de sessões frequentadas, quando comparados com os indivíduos com comorbilidade de diagnósticos. Contudo, os indivíduos com comorbilidade de diagnósticos frequentaram significativamente mais sessões do que os indivíduos sem diagnóstico. Por norma, os indivíduos sem diagnóstico procuram psicoterapia para resolver problemas pontuais que não afetam o seu funcionamento e, quando o objetivo é atingido, deixam de frequentar as sessões. Já a comorbilidade de perturbações psiquiátricas pode estar associada a um maior sofrimento psicológico e, consequentemente, a uma maior consciência das limitações, levando à necessidade de frequentar mais sessões.

Explicação semelhante pode ser usada para justificar o facto de os indivíduos com ideação suicida terem frequentado significativamente mais sessões. Estes pacientes podem sentir-se em maior risco e, consequentemente, necessitarem de mais ajuda.

A variável “acompanhamento psiquiátrico” foi uma das que mais interesse suscitou quando se ponderou a realização desta investigação. Pretendia-se perceber se o trabalho em

equipa poderia aumentar a frequência às sessões de psicoterapia. Neste estudo, à semelhança do que foi encontrado nos estudos de McFarland e Klein (2004) e de Arnow e colaboradores (2007), constatou-se que os indivíduos em acompanhamento psiquiátrico (farmacoterapia) e em psicoterapia frequentaram significativamente mais sessões do que os indivíduos que se encontravam apenas em psicoterapia. Segundo Fenger e colaboradores (2011), os indivíduos podem sentir-se mais motivados a frequentar as sessões de psicoterapia por se aperceberem que os efeitos da medicação são insuficientes. Além disso, a resposta ao tratamento aparece mais lentamente para a psicoterapia do que para a farmacoterapia ou tratamento combinado (psicoterapia e farmacoterapia), levando a que os indivíduos se possam sentir desencorajados, abandonando o tratamento no início por ausência de melhorias significativas (McFarland & Klein, 2004). O facto de os indivíduos que recebem apenas um tipo de tratamento (psicoterapia ou farmacoterapia) se sentirem desapontados e atribuírem isso ao tratamento que estão a receber, também pode contribuir para a falta de comparência aos monotratos (Arnow et al., 2007).

Por último, a variável “historial de acompanhamento psicológico” também se mostrou associado com taxas mais elevadas de comparência às sessões de psicoterapia. Estes resultados são consistentes com o estudo de Fenger e colaboradores (2011), considerando os autores que as experiências anteriores diminuem a resistência para solicitar e participar num novo tratamento.

Com o decorrer da presente investigação, além do interesse em perceber quais as variáveis que estavam associadas com o número de sessões frequentadas, surgiu também a curiosidade em perceber ao fim de quantas sessões é que os indivíduos deixavam de frequentar a psicoterapia. Assim, após a primeira sessão, 29.2 % dos indivíduos deixaram de comparecer, 50% dos indivíduos frequentaram no máximo duas sessões e 80% dos indivíduos deixou de frequentar a psicoterapia após a quinta sessão. Estas taxas de desistência por sessão não diferiram muito de outras encontradas anteriormente. Por exemplo, Fernández e colaboradores (1996), num estudo realizado em três centros de saúde públicos, encontraram uma taxa de desistência após a primeira sessão de 37%. Affleck e Medwick (1996) verificaram que 50% indivíduos frequentam, em média, apenas três sessões, e Silverman (1982) numa investigação que realizou num centro de saúde comunitário, também encontrou que 80% dos indivíduos deixa de comparecer após a quinta sessão.

Tendo em conta estes resultados, é possível verificar-se que as taxas de frequência às sessões de psicoterapia na clínica onde foram recolhidos os dados, são idênticas a outras encontradas em centros de saúde pública. Isto sugere que o tipo de instituição onde é realizado o tratamento (público ou privado) não parece influenciar o número de sessões a que cada indivíduo comparece. Contudo, estas taxas de frequência são ainda muito reduzidas. Metade dos indivíduos que constituíram a amostra frequentaram apenas duas sessões. Algumas explicações para estes resultados, relativas ao processo terapêutico, podem se apontadas, nomeadamente: o não estabelecimento de uma boa relação terapêutica, um tratamento que não corresponde às expectativas do paciente ou a concretização precoce dos objetivos que motivaram a procura da psicoterapia. Todavia, estes resultados também podem estar relacionados com variáveis de caráter pessoal, tais como: dificuldades financeiras, emigração/mudança de residência, falta de tempo, etc.

Antes de uma possível generalização dos resultados encontrados nesta investigação, é necessário ter em conta algumas das limitações que a mesma apresenta. Em primeiro lugar, como a amostra foi recolhida numa clínica privada frequentada, essencialmente, por indivíduos pertencentes à classe social média/alta, esta poderá não ser representativa da população portuguesa. Aliás, por não estarem representadas as diferentes classes sociais, não foi possível avaliar a sua influência no número de sessões frequentadas.

Em segundo lugar, as variáveis sociodemográficas e clínicas usadas nesta investigação foram extraídas dos processos clínicos, não existindo a oportunidade de questionamento direto aos participantes. De tal forma que nem sempre foi possível obter todas as informações pretendidas porque, em alguns casos, os processos não se encontravam completos.

Em terceiro lugar, o estudo foi realizado tendo em conta apenas as sessões realizadas na clínica onde os dados foram recolhidos, tendo-se considerado que os indivíduos que não compareceram à clínica no período definido (1 janeiro a 1 julho), e que não tinham sessões marcadas na agenda, tinham terminado ou desistido do processo psicoterapêutico. Contudo, estes podem simplesmente ter trocado de psicólogo por algum motivo (dificuldades financeiras, dificuldades de transporte, alteração de morada, etc.). Também não é garantido que os indivíduos que não compareceram neste período e que não tinham sessões marcadas, não pudessem vir no futuro a marcar.

Por fim, importa ainda salientar a dificuldade em encontrar literatura que relacionasse as características dos pacientes com o número de sessões frequentadas. A maioria dos artigos científicos encontrados relacionava, essencialmente, as características dos pacientes com conceitos mais abrangentes, tais como: adesão e abandono do processo psicoterapêutico. Em futuros estudos, poderiam ser replicadas estas investigações, contudo incluindo-se a variável “inteligência emocional”. Que seja do nosso conhecimento, ainda não existem estudos que relacionem a inteligência emocional com adesão ao processo psicoterapêutico.

Dentro das limitações apresentadas, os resultados encontrados nesta investigação são relevantes para ambientes de tratamento semelhantes (clínicas privadas), com padrões de equipa semelhantes (psiquiatra e psicólogo) e populações alvo semelhantes. Tendo conhecimento destes resultados, os terapeutas identificarão desde cedo os pacientes em risco e poderão desenvolver estratégias que os “fixem” em terapia. Contudo, devem ter em conta que outras estratégias bem simples também se mostram muito eficazes, tanto com os pacientes em risco, como com a generalidade dos pacientes. Dependendo do grupo alvo, podem ser usadas diferentes tecnologias. Por exemplo, apesar dos estudos revelarem que os telefonemas (Glyngdal, Sorensen, & Kistrup, 2002) e as cartas (Lefforge, Donohue, & Strada, 2007) aumentam as taxas de comparência, para os pacientes mais jovens os *e-mails* (Robertson, Smith, & Tannenbaun, 2005), os SMS (Downer, Meara, Da Costa, & Sethuraman, 2006) e até mesmo as redes sociais, podem ser mais úteis para lembrar e informar os pacientes. Para além disso, antes de iniciarem psicoterapia, os pacientes podem participar em grupos de motivação e em sessões de psicoeducação para que sejam informados acerca dos riscos que correm por não comparecerem a um número suficiente de sessões (Fenger et al., 2011).

Referências

- Affleck, D., & Medwick, S. (1959). The use of the Rorschach Test in the production of the abrupt terminator in individual psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 23(2), 125–128. doi: 10.1037/h0042341
- Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Lisboa
Retrieved from http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Arnow, B. A., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Markowitz, J. C., Klein, D. N., ... Rush, A. J. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 197–202.
doi:10.1016/j.jad.2006.06.017
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldana, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585–592.
doi:10.1002/jclp.20368
- Barrett, M., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M., Cacasiano, D., & Thompson, D. (2010). Early withdrawal from mental health treatment: implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy*, 48(2), 247–267. doi: 10.1037/a0016184
- Benetti, S. P. C., & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48–59.
Retrieved from <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>
- Brandt, L. (1965). Studies of “dropout” patients in psychotherapy: A review of findings. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 2, 2–13. doi:10.1037/h0088610
- Centorrino, F., Hernán, M., Drago-Ferrante, G., Rendall, M., Apicella, A., Långar, G., & Baldessarini, R. (2001). Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. *Psychiatric Services*, 52(3), 378–380. doi:10.1176/appi.ps.52.3.378
- Downer, S., Meara, J., Da Costa, A., & Sethuraman, K. (2006). SMS text messaging improves outpatient attendance. *Australian Health Review*, 30(3), 389.
doi:10.1071/AH060389
- Fenger, M., Mortensen, E. L., Poulsen, S., & Lau, M. (2011). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: demographic and clinical predictors in a

- large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(3), 183–191. doi:10.3109/08039488.2010.515687
- Fernández, E., Larrea, M. C., & Rodríguez, J. (1996). Sobre el abandono del tratamiento en tres Centros de Salud Mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 16(58), 213–234. Retrieved from <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1996/revista-58/03-sobre-el-abandono-del-tratamiento-en-tres-centros-de-salud-mental.pdf>
- Figueiredo, J. M., Boerstler, H., & Doros, G. (2006). Recent treatment history vs clinical characteristics in the prediction of use of outpatient psychiatric services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 130–139. doi:10.1007/s00127-005-0999-6
- Glyngdal, P., Sorensen, P., & Kistrup, K. (2002). Non-compliance in community psychiatry: Failed appointments in the referral system to psychiatric outpatient treatment. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(1), 161–156. doi:10.1080/080394802753617980
- Hiler, E. (1958). An analysis of patient-therapy compatibility. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 341–347.
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 428–50. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.004
- Howard, K., Kopta, S., Krause, M., & Orlinsky, D. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.159
- Kazdin, A. (1996). Dropping out of child psychotherapy : Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology*, 1(1), 133–156. doi:10.1177/1359104596011012
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54–64. doi:10.1590/S1516-44462008000600002
- Kopta, S., Howard, K., Lowry, J., & Beutler, L. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1009–1016.

- doi: 10.1037/0022-006X.62.5.1009
- Lambert, M., Hansen, N., & Finch, A. (2001). Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 159–172. doi: 10.1037/0022-006X.69.2.159
- Lefforge, N., Donohue, B., & Strada, M. (2007). Improving session attendance in mental health and substance abuse settings: A review. *Behavior Therapy, 38*(1), 1–22. doi:doi:10.1016/j.beth.2006.02.009
- Luk, E., Staiger, P., Mathai, J., Wong, L., Birleson, P., & Adler, R. (2001). Children with persistent conduct problems who dropout of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatric, 10*(1), 28–36. doi:10.1007/s007870170044
- McFarland, B. R., & Klein, D. N. (2005). Mental health service use by patients with dysthymic disorder: Treatment use and dropout in a 7 1/2-year naturalistic follow-up study. *Comprehensive Psychiatry, 46*(4), 246–253. doi:10.1016/j.comppsy.2004.10.002
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). *Crise & Saúde - um país em sofrimento: Relatório da Primavera 2012*. (2ª ed.). Coimbra: Mar da Palavra.
- Powers, R. H., Kniesner, T. J., & Croghan, T. W. (2002). Psychotherapy and pharmacotherapy in depression. *Journal of Mental Health Policy and Economics, 5*(4), 153–161.
- Reis, B., & Brown, G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy, 36*(2), 123–136. doi:10.1037/h0087822
- Renk, K., & Dinger, T. (2002). Reason for therapy termination in university psychological clinic. *Journal of Clinical Psychology, 58*(9), 1173–1181. doi:10.1002/jclp.10075
- Robertson, L., Smith, M., & Tannenbaun, D. (2005). Case management and adherence to an online disease management system. *Journal Telemed Telecare, 11*(2), 73–75. doi:10.1258/135763305775124885
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*(2), 126–143. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330493/pdf/126.pdf>

Silverman, W. (1982). Investigating the drop-out phenomenon in community mental health centers. *QRB*, 8(5), 3–6.

Anexo A - Ficha de Anamnese

PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <i>Psicólogo(a):</i> _____ </div>
<u>FICHA DE ANAMNESE</u>	
Data: ____/____/____	
NIF: _____	
Subsistema de Saúde: _____	
1. Identificação:	
Nome: _____	
Idade: _____ Género: ____ F ____ M	
Data de Nascimento: ____/____/____ Estado civil: _____	
Morada: _____	
Contactos (telf./tlm): _____ (e-mail): _____	
Naturalidade: _____	
Habilitações Literárias: _____	
Emprego actual: _____	
Está actualmente em acompanhamento psiquiátrico? ____ Sim ____ Não	
Se 'sim', motivo(s): _____	
Medicação prescrita: _____	
2. Motivo(s) da Consulta (<i>queixas principais, avaliação psicológica, etc.</i>):	

3. Avaliação de perigo imediato:

Risco de suicídio: ____ Sim ____ Não

Ideação suicida: ____ Sim ____ Não

Já fez alguma tentativa: ____ Sim ____ Não

Consumo de substâncias psicoativas: ____ Sim ____ Não

Estado mental:

4. Outros Problemas (*verificar as áreas trabalho/escola, amigos e vida social, comunicação, família, stress interior e saúde, etc.*):**5. Condições de Vida** (*genograma familiar, amigos, escola, trabalho, tempos livres, etc.*):**6. História Pessoal e do Desenvolvimento** (*infância, adolescência, vida adulta, vinculações, percurso escolar, transições, crenças religiosas, etc.*):

7. História Médico-Psiquiátrica (*doença física, doença psiquiátrica, etiologias, antecedentes pessoais e familiares, etc.*):

8. Tratamentos Efectuados (*internamentos, cirurgias, prescrições, etc.*):

9. Historial de Acompanhamento Psicológico (*frequência, tipologia, diagnósticos, etc.*):

10. Diagnóstico actual (*provável*): _____

11. Plano Psicoterapêutico: